

Formulario de registro de paciente

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

(Esta sección se refiere ÚNICAMENTE al paciente)

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial segundo nombre: _____ SSN: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Fecha de nacimiento: _____

Sexo: Masculino Femenino

Números de contacto (por favor marque el n° preferido)

Casa: _____

Celular: _____

Trabajo: _____

Indique su dirección de correo electrónico para que podamos hacerle saber de cualquier cambio de aseguradora, alertas de salud, cambios de horarios, nuevas ubicaciones de clínicas, cambios en nuestros servicios y otros asuntos importantes. Esta información no se proporcionará a ningún tercero.

Correo electrónico: _____

Es nuestra política general hacer el seguimiento de su atención comunicándonos con usted en las 48 horas siguientes desde su visita. Si no desea que nos comuniquemos con usted, marque la casilla:

Nombre del médico atención primaria (PCP): _____ Ciudad/Estado: _____

Farmacia preferida: _____ Ciudad/Estado: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Apellido: _____ Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Relación con el paciente: Padre Cónyuge Otra _____

RESPONSABLE:

(Esta sección se refiere a la persona/parte que debe recibir la factura)

Relación con el paciente: Usted mismo (pase a la siguiente sección) Padre Cónyuge Otra (pase a la siguiente sección) _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial segundo nombre: _____ SSN: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Teléfono particular: (_____) _____ Teléfono celular: (_____) _____ Teléfono del trabajo: (_____) _____

INFORMACIÓN DE SEGUROS

(Esta sección se refiere al suscriptor del seguro)


Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha nacimiento: _____ N° SS: _____

Relación con el paciente: Usted mismo (pase a la siguiente sección) Padre Cónyuge Otro (pase a la siguiente sección) _____

Compañía de seguros: _____

¿Tiene seguro con más de un plan de salud? Sí No

En caso afirmativo, anote el otro asegurador: _____

 Presente ambas tarjetas de identificación al registrarse.

USO SIGNIFICATIVO

En consideración de las nuevas directrices federales de Uso Significativo, como paciente de PhysicianOne Urgent Care le pedimos que nos proporcione información acerca de su raza, grupo étnico y lengua materna. ¿Cómo lo beneficia esto? Nos permite proporcionar recursos educativos específicos para cada paciente. Los datos sobre las disparidades de la atención, especialmente en zonas con una población muy diversa o con indicadores de salud específicos de la población, son fundamentales para abordar esas desigualdades y mejorar el sistema de atención médica para todos los estadounidenses. Tiene el derecho a negarse a proporcionar esta información.

Idioma preferido:

- Inglés
 Español
 Portugués
 Otro _____

Raza:

- Indio americano o nativo de Alaska
 Asiático Negro o afroamericano
 Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico
 Blanco Otra _____

Grupo étnico:

- Hispano o latino
 No hispano o latino

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO Y GARANTÍA DE PAGO

En consideración de los servicios proporcionados por PhysicianOne Urgent Care, por la presente asigno y transfiero a PhysicianOne Urgent Care cualesquiera y todos los derechos que tenga frente a las compañías de seguros, agencias gubernamentales o terceros pagadores para el pago de los cargos por los servicios que PhysicianOne Urgent Care nos proporcione a mí o a alguno de mis dependientes. Entiendo que soy responsable de pagar la parte de mi cuenta no cubierta por las compañías de seguros, agencias gubernamentales o terceros pagadores, y que lo haré. En consideración de los servicios que se proporcionarán, me comprometo a pagar a PhysicianOne Urgent Care de acuerdo con las tarifas y los términos ordinarios de PhysicianOne Urgent Care. Además acepto pagar la cuenta en su totalidad al recibir mi estado de cuenta a menos que se hagan acuerdos de pago por adelantado. Autorizo que dichos pagos se apliquen a cualquier saldo no pagado a PhysicianOne Urgent Care del que yo sea responsable. Estoy de acuerdo en pagar todos los costos de cobranza, incluyendo los honorarios razonables de abogados, por todos los importes vencidos. Entiendo que cualquier cheque devuelto por mi institución financiera tendrá una cuota de \$20.00 por cheque devuelto. Entiendo que, como obligación contractual con las compañías de seguros, todos los copagos y altos deducibles se adeudan al momento del servicio y que aún puede quedar un saldo deudor después de que se haya aplicado el pago del seguro.

_____ Iniciales

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que se me ha dado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de PhysicianOne Urgent Care y he tenido la oportunidad de leerlo atentamente y que se me respondiera cualquier pregunta que hubiera tenido sobre el Aviso de Prácticas de Privacidad.

Indique el nombre de cualquier persona o entidad a quien autoriza que PhysicianOne Urgent Care le entregue su información o registros médicos, así como su relación con el paciente: _____

Relación con el paciente: Padre Cónyuge PCP Otra _____

NO doy mi permiso para que PhysicianOne Urgent Care deje un mensaje con mi información de salud.

_____ Iniciales

Sólo para uso de la oficina

Se ha hecho un esfuerzo de buena fe para intentar obtener confirmación por escrito de la recepción de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. No se pudo obtener la confirmación por los siguientes motivos:

- El paciente o su representante se negaron a firmar - Fecha de la denegación _____
 Hubo barreras de comunicación que impidieron obtener la confirmación
 Una situación de emergencia nos impidió recabar la confirmación
 Otro; explique _____

Firma del miembro del personal _____ Iniciales del miembro del personal: _____

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS

Por favor, tome nota especial: PhysicianOne Urgent Care no respeta directivas anticipadas, tales como órdenes de no resucitación o testamentos en vida. Los proveedores de PhysicianOne Urgent Care intentarán resucitar, estabilizar y disponer el traslado del paciente al hospital, en caso de que se presentara una emergencia. Al estampar mis iniciales abajo, estoy reconociendo lo anterior, renunciando y suspendiendo cualquier directiva anticipada existente que pueda tener mientras esté siendo atendido en PhysicianOne Urgent Care y liberando a PhysicianOne Urgent Care y a sus proveedores de cualquier responsabilidad por negarse a respetar cualquier directiva anticipada de esta índole.

FIRMA

Certifico que la información arriba indicada es correcta hasta donde sé. No haré responsable a PhysicianOne Urgent Care, sus proveedores de salud o sus empleados por ningún error u omisión que pueda haber hecho al rellenar la información de este formulario. Por la presente, voluntariamente doy mi consentimiento al tratamiento para mí o para mi dependiente en PhysicianOne Urgent Care y autorizo tales tratamientos, exámenes, medicamentos y procedimiento de diagnóstico (incluyendo, entre otros, al uso del laboratorio y los estudios radiográficos) como lo ordenen sus proveedores. Por la presente, voluntariamente doy mi consentimiento para la toma de imágenes fotográficas únicamente con fines de tratamiento (progresión del cuidado de una herida, documentación de erupciones cutáneas, etc.) según lo ordenen tales proveedores.

Nombre en letra de imprenta: _____

Relación con el paciente: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____